U kunt dit formulier e-mailen naar: transferpuntdenhaag@basaltrevalidatie.nl

of faxen naar: 070 - 359 35 01 t.a.v. Transferpunt Den Haag.

Wanneer u vragen heeft, kunt u contact opnemen met het Transferpunt Den Haag, rechtstreeks op:

06 - 15 48 64 71 of 06 - 11 17 30 53.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum aanmelding** |       | [ ]  | Oproepbaar | [ ]  | Niet oproepbaar tot:       |
| **Gegevens patiënt** | [ ]  Gegevens geverifieerd door Transferpunt Basalt |
| Naam patiënt |       | [ ]  M / [ ]  V |
| Geboortedatum |       | BSN |       |
| Adres |       |
| Postcode en woonplaats |       |
| Telefoonnummer(s) |       |
| Zorgverzekeraar |       | Polisnr |       |
| Huisarts |       |
| **Gegevens verwijzer** |
| Naam revalidatiearts |       |
| E-mailadres |       |
| Naam ziekenhuis |       |
| Naam verpleegafdeling |       |
| Telefoonnummer  |       |
| Opnamedatum ziekenhuis |       |
| Consultdatum revalidatiearts |       |
| Verwijzend specialist |       |
| Verblijfplaats patiënt | [ ]  Thuis | [ ]  Ziekenhuis:       |
| [ ]  Verpleeg-/verzorgingshuis:       |
| **Revalidatiediagnose (limitatieve lijst, andere diagnoses alleen bij uitzondering mogelijk)** |
| [ ]  CVA/NAH | [ ]  Dwarslaesie | [ ]  Neuromusculaire aandoening |
| [ ]  Opbouwen zitten na operatie decubitus graad 3/4 | [ ]  Ernstige deconditionering, post-COVID: zie **pagina 3** |
| [ ]  Amputatie onderste extremiteit | [ ]  Multitrauma/complexe enkelvoudige orthopedie |
| [ ]  Anders (altijd eerst telefonisch overleg door aanmeldend arts):       |
| **Randvoorwaarden (limitatieve lijst tav complexe medische handelingen, bij overige handelingen overleg)** |
| [ ]  | Perifeer infuus | [ ]  | PICC-lijn |
| [ ]  | Zuurstof | [ ]  | TPV (toezegging ziekenhuis vereist over bekostiging) |
| [ ]  | Sondevoeding (neussonde) | [ ]  | PEG-/PRG-sonde |
| [ ]  | Gewicht boven 100 kg | [ ]  | AD-matras, type:       |
| [ ]  | VAC-therapie | [ ]  | Dialyse, dagen:       |
| [ ]  | Contactisolatie | [ ]  | Strikte isolatie |
| [ ]  | Eenpersoonskamer wenselijk, reden:       |
| [ ]  | Overig:       |
| **Besproken met en akkoord van patiënt/systeem op onderstaande punten** |
| [ ]  | Er is een minimale opnameduur van drie weken voor de diagnostische fase. |
| [ ]  | De indicatiestelling voor klinische revalidatie kan wijzigingen tijdens dan wel na de diagnostische fase, waarna bijvoorbeeld overplaatsing naar een verpleeghuis kan plaatsvinden. |
| [ ]  | Indien patiënt zelf niet beschikt over (geschikte) woonruimte: er is een concrete toezegging over een ontslagbestemming door (naam en relatie tot patiënt vermelden):       |
| [ ]  | Huisregels betreffende ongewenst gedrag, in het bijzonder het verbod op gebruik van alcohol/drugs. |

|  |
| --- |
| **Risico-inventarisatie BRMO/infecties** |
| Is de patiënt of iemand in de directe omgeving (familieleden/huisgenoten/medepatiënten) besmet met MRSA of een andere resistente bacterie? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting: welke resistente bacterie, bekende kweekuitslagen, ingezette kweken, bij wie, etc.** |
| Is de patiënt de afgelopen 2 maanden opgenomen geweest in een ziekenhuis waar een BRMO- of MRSA-epidemie heerste? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting: welk ziekenhuis, bekende kweekuitslagen, ingezette kweken, etc.** |
| Is de patiënt de afgelopen 2 maanden behandeld in een buitenlandse zorginstelling? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting: welk land, soort instelling, bekende kweekuitslagen, ingezette kweken, etc.** |
| Heeft de patiënt contact gehad met bedrijfsmatig gehouden levende varkens, vleeskalveren of vleeskuikens en/of woont de patiënt op een bedrijf waar deze dieren worden gehouden? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting:** |
| Is de patiënt jonger dan 18 jaar en het afgelopen jaar geadopteerd uit het buitenland? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting:** |
| Heeft de patiënt (een verhoogd risico op) een andere relevante infectie? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting: norovirus, tuberculose, scabiës, HIV, etc.** |
|       |
| Is de patiënt in de afgelopen 2 maanden woonachtig geweest in een instelling voor asielzoekers? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting:** |  |

|  |
| --- |
| **Alleen voor revalidatieartsen van Basalt (ziekenhuis of Basalt kliniek): evaluatie indicatiestelling** |
| Ziekenhuis RA | [ ]  | **+** | [ ]  | **ꟷ** | Toelichting:  |
| Basalt kliniek RA | [ ]  | **+** | [ ]  | **ꟷ** | Toelichting:  |

|  |
| --- |
| **Planrecept (NIET in te vullen door aanmeldend revalidatiearts)** |
| Afdeling 3.1/3.2 | [ ]  | CVA/NAH Groep 1 (met name motorische problemen) |
|  | [ ]  | CVA/NAH Groep 2 (korte opname, max. 6 weken) |
|  | [ ]  | CVA/NAH Groep 3 (met name cognitieve of communicatieve problemen) |
|  | [ ]  | CVA/NAH Groep 4 (complexe problematiek of zorgzware patiënt) |
|  | Voor alle CVA/NAH-groepen geldt:* **keuze b** bij geen logopedische problematiek
* **keuze a** bij logopedische problematiek (afasie/dysarthrie/dysfagie)
 |
| [ ]  **b** geen logopedische problematiek | **a** | [ ]  afasie/ [ ]  dysartrie/ [ ]  dysfagie |
| Afdeling 4.1 | [ ]  | Beenamputatie |
|  | [ ]  | Multitrauma |
|  | [ ]  | Deconditionering |
| Afdeling 4.2 | [ ]  | Dwarslaesie |
|  | [ ]  | Neuromusculaire aandoeningen |

|  |
| --- |
| **Planrecept post-COVID-revalidatie: WEL invullen door aanmeldend revalidatiearts** |
| Afdeling 4.2 Basalt Den Haag: COVID-cohortafdeling | [ ]  | COVID-19-positief volgens criteria Basalt: **LET OP: alleen Basalt Den Haag!** |
| Alle afdelingen Basalt Den Haag en Leiden | [ ]  | COVID-19-negatief volgens criteria Basalt |
| Behandelprogramma | [ ]  | Alleen fysiek behandelprogramma |
|  | [ ]  | Zowel fysiek als mentaal behandelprogramma |
|  | [ ]  | Pulmonaal behandelprogramma **LET OP: alleen Basalt Leiden!** |
| Logopedie | [ ]  | Snelle beoordeling logopedie in verband met dysfagie |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Datum |
| Ons kenmerk | Ons kenmerk |
| Uw kenmerkDoorkiesnr. | Uw kenmerkDoorkiesnummer |

 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Betreft | dhr./mw. Naam patiëntgeb: GeboortedatumAdresPostcode WOONPLAATS |
|  | BSN BSN-nummer |

 |

**Onderwerp: Aanmelding voor klinische revalidatie bij Basalt Den Haag**

**Diagnose**

**Nevendiagnose(s)**

**Vraagstelling verwijzer**

**Hulpvraag patiënt**

**Voorgeschiedenis**

**Anamnese**

**Medicatie**

**Intoxicaties**

**Allergieën**

**Niveau van functioneren**

**Functies/anatomie**

***Mentaal/zenuwstelsel:***

***Sensorische functies en pijn:***

***Stem en spraak:***

***Intern:***

***Bewegingssysteem:***

***Huid:***

**Activiteiten/participatie**

***Leren/toepassen van kennis:***

***Algemene taken/eisen:***

***Communicatie:***

***Mobiliteit:***

***Zelfverzorging:***

***Huishouden:***

***Tussenmenselijke relaties:***

***Levensgebieden:***

***Maatschappelijk leven:***

**Externe factoren**

Huisvesting/voorzieningen:

Ondersteuning en relaties:

**Persoonlijke factoren**

**Lichamelijk onderzoek**

Algemene indruk:

Lengte/gewicht/BMI:

Intern:

Orthopedisch:

Neurologisch:

Overig:

**Aanvullend onderzoek**

**Conclusie en beleid**